1 例膜性肾病合并肥厚性心肌病患者的康复护理

泰达国际心血管病医院　　徐娜

【摘要】膜性肾病（MN）与肥厚性心脏病（HCM）是两种复杂的临床疾病，二者合并存在时，病情更为复杂，护理难度显著增加。涉及肾脏和心脏两个重要器官的病变。康复治疗需要综合考虑两者的病理特点，制定个体化的治疗方案。本文综述了膜性肾病合并肥厚性心脏病的康复护理要点，包括病情监测、药物治疗、饮食管理、生活方式调整、并发症预防及紧急情况处理等方面，旨在为临床护理提供参考。

关键词

膜性肾病；肥厚性心脏病；康复护理；病情监测；并发症预防

Key words:Membranous nephropathy;hypertrophic cardiomyopathy;rehabilitation nursing;surveillance;prevention of complications

引言

膜性肾病是一种常见的肾小球疾病，以大量蛋白尿和肾病综合征为主要表现。[6]肥厚性心脏病则以心室壁肥厚为特征，常导致心功能不全和心律失常。[1]二者合并存在时，病情相互影响，增加了治疗和护理的复杂性。因此，针对此类患者的护理策略需综合考虑肾脏和心脏的双重需求。我院于 2025 年 1 月 16 日收治了一名膜性肾病合并肥厚心肌病患者，这个患者在我院经过医生评估后为患者行 ICD 植入术，并且术给予改善肾功能及心衰联合治疗，使患者康复出院。现将护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料　患者，男性，64 岁，主诉间断头晕，现病史：患者 1 年前无明显诱因发作晕厥，外院诊断为肥厚型心肌病，予以药物治疗。1 月前患者因水肿住院期间发作室颤，予以电除颤转复。1 天前就诊“泰达医院”，心脏超声示肥厚型心肌病，为行心脏除颤器置入术于 2025 年 1 月 16 日就诊我院。入院时患者由外院带入胸腔引流管，有无菌敷料覆盖，妥善固定。既往史：自诉心梗病史药物治疗、陈旧性脑梗死病史、膜性肾病半年；过敏史：头孢类抗生素。入院生命体征：T36.2℃P：66 次/分 R:18 次/分 BP：115/72mmHg。入院前心电图：异常心电图　心房颤动带有不确定的室性反应　室性早搏，术前心电图：窦性心律、预激

心电图T波改变。入院诊断：肥厚型心肌病；心律失常心室颤动；心力衰竭心功能IV级；脑梗死个人史；膜性肾病；低蛋白血症；胸腔积液心包积液；低钾血症。2025年1月17日行ICD置入术。

1.2 辅助检查 N端脑利钠肽前体6470pg/ml，肌钙蛋白ITnI测定-定量: 353.62 pg/mL，肌红蛋白测定-定量: 78.8 ng/mL，肌酸激酶-MB同工酶质量测定: 3.14 ng/mL，肌酐:88 umol/L，尿素:15.7 mmol/L，尿素562mmol/L，Na146mmol/L氯112mmol/L二氧化碳结合力33mmol/L。尿常规：白细胞75uL，蛋白质3g/L，红细胞50uL。心脏彩超提示左室壁增厚，肥厚型心肌病，左室壁运动不协调，左房扩大，二尖瓣少量返流，少-中量心包积液，EF62%LA41mmLV55mm患者存在急性心肌梗死，失血性贫血和肾功能不全。胸片：考虑心功能不全、双侧胸腔积液，右侧为著。

2. 护理

2.1 病情监测

2.1.1 血压监测

持续心电血压监护高血压是膜性肾病和肥厚性心脏病的共同危险因素。研究表明，严格控制血压（目标值通常为130/80 mmHg以下）可显著延缓肾功能恶化并改善心脏功能。动态血压监测（ABPM）和家庭自测血压（HBPM）是常用的监测手段。[2]

2.1.2 心功能评估

肥厚性心脏病患者需定期进行心电图（ECG）和超声心动图（Echo）检查，以评估心室壁厚度、左室流出道梗阻及心功能状态。心脏磁共振成像（CMR）在评估心肌纤维化和心功能方面具有更高的敏感性。

2.1.3 功能监测

膜性肾病患者需定期监测尿蛋白、血肌酐、尿素氮及估算肾小球滤过率（eGFR）。24小时尿蛋白定量是评估疾病活动性和治疗效果的重要指标。定期程控检查（每3~6个月），确保ICD正常运作。准确记录24小时出入量，定期检测24小时尿蛋白定量、血肌酐。[4]

2.1.4 限水管理：根据患者的水肿程度和心功能状态，限制每日液体摄入量（通常为1000-1500 mL/d），有助于减轻心脏负担。监测下肢、眼睑水肿程度及体重

变化。

2.2 药物治疗管理

2.2.1 利尿剂

利尿剂是缓解水肿和心衰症状的常用药物，但需注意电解质紊乱，尤其是低钾血症和高钠血症的风险。螺内酯等保钾利尿剂在特定情况下可考虑使用。

2.2.2 降压药物

血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）是膜性肾病合并高血压的首选药物，具有降低尿蛋白和保护肾功能的作用。但需密切监测血钾和肾功能。

2.2.3 抗凝治疗

膜性肾病患者因大量蛋白尿易合并高凝状态，肥厚性心脏病患者则因心房颤动增加血栓风险。低分子肝素和华法林是常用的抗凝药物，需定期监测凝血功能。

2.3 饮食护理

2.3.1 低盐饮食：钠盐摄入＜3g/d，限制动物内脏等高胆固醇食物，减轻水肿和高脂血症，减轻心脏负荷，预防心衰。[3]

2.3.2 少量多餐：避免饱餐加重心脏负担，减少餐后低血压风险。

2.3.3 优质低蛋白饮食：蛋白质摄入 0.6~0.8g/kg/d（如鸡蛋、鱼肉），可减轻肾脏负担，同时避免营养不良。植物蛋白摄入应适当限制，以减少磷负荷。必要时联合α-酮酸。[5]

2.4 休息与活动

2.4.1. 避免剧烈运动：剧烈活动可能加重左心室流出道梗阻，诱发猝死。建议选择低强度有氧运动（如步行、瑜伽），避免竞技性运动或负重训练（如举重）。活动后监测：但需避免剧烈运动，以免诱发心律失常或心衰。若出现胸痛、呼吸困难或晕厥，立即停止活动并就医。

2.4.2 急性期卧床休息：严重水肿或低蛋白血症时需卧床，减少蛋白尿；缓解期可逐步恢复轻度活动，避免过度劳累。

2.4.3.预防血栓：长期卧床者需进行下肢被动活动，预防深静脉血栓。

2.5 戒烟限酒

吸烟和饮酒是心血管疾病的独立危险因素。戒烟和限制酒精摄入（男性<20 g/d，

女性<10 g/d）有助于改善预后。

2.6 心理支持

慢性疾病患者常伴有焦虑和抑郁情绪。心理干预和家庭支持可显著提高患者的生活质量和治疗依从性。

2.7 并发症预防

2.7.1 感染预防

膜性肾病患者因免疫抑制剂的使用易合并感染。建议接种流感疫苗和肺炎球菌疫苗，并注意个人卫生。

2.7.2 血栓预防

对于卧床患者，鼓励早期活动和使用弹力袜。必要时使用低分子肝素预防深静脉血栓。

2.7.3. 紧急情况处理

急性心衰:患者如出现呼吸困难、端坐呼吸或水肿加重，应立即就医。静脉利尿剂和血管扩张剂是急性心衰的常用治疗药物。

急性肾损伤:尿量明显减少或血肌酐快速升高提示急性肾损伤，需及时停用肾毒性药物并优化容量管理。

2.8 评估跌倒风险

护士在掌握患者出现心律失常如室速及室颤时候应做好患者安全措施,同时配备好急救药品、物品，必要时与医生电复律.患者发生心律失常后引起脑供血不足容易出现跌倒,加之患者蛋白尿营养不良下肢乏力易出现头晕而跌倒，为减少患者跌倒风险采取以下措施：①护士及护理员严格交接班，加强巡视，及时发现患者需求并满足；②保持环境整洁，光线明亮，物品放置易取处，固定好床、轮椅、座椅等设施；③指导患者正确用药，告知用药后的反应；④对患者进行"预防跌倒"电视宣教，床头放置“小心跌倒”警示牌，病号服上贴“红色笑脸”提示片，告知患者寻求协助的方法。

结论:

膜性肾病合并肥厚性心脏病的护理需要多学科协作，综合管理血压、心功能、肾功能及并发症。通过科学的病情监测、合理的药物治疗、个性化的饮食管理和生

活方式干预，可显著改善患者预后，提高生活质量。患者生活调理和定期随访，以达到最佳的治疗效果。患者应在医生指导下进行规范治疗，并积极参与康复过程。

参考文献:

1.中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南 2023 [J]. 中华心血管病杂志 ,2017, 45(12)

2.孙筱璐 , 王东 , 刘婕 , 等 . 心肌病疾病谱变化趋势研究 —— 阜外医院门诊及住院患者数据分析 [J]. 中国分子心脏病学杂志 , 2020, 20(4)

3.中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组 , 中国医师协会心力衰竭专业委员会 , 中华心血管病杂志编辑委员会 . 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志 , 2018, 46(10)

4.陈旭华综述 华伟审校，埋藏式心脏转复除颤器在预防肥厚型心肌病猝死方面的作用，中国心脏起搏与心电生理杂志 2013,27（6）

5.刘佳宁，朱俊杰，刘 云，岑 涛，张丽娥，农清清，原发性膜性肾病发病机制的研究进展[J]. 广西医科大学学报, 2024, 41(12)

6.第三 军医大 学大坪医院何娅妮霍本刚，膜性肾病的诊断与治疗一 2012 年 KDIGO 指南解读

7.Ommen SR, et al. *2020 AHA/ACC Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients with Hypertrophic Cardiomyopathy*. Circulation. 2020;142(25):e558-e631.

8.KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerular Diseases. *Kidney Int*. 2021;100(4S):S1-S276.